

Formulario dentario

No AVS:..... Nome e Cognome: .....

1. Data della consultazione: .....

2. Dentatura al momento del rapporto (cancellare i denti mancanti) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

3. Denti mancanti, non sostituiti: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

4. Denti difettosi, non trattati: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

5. Denti colpiti da parodontosi: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

6. Denti con trattamento radicolare: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

7. Denti otturati: 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8. Indicare il numero del dente: Corone Ponti Impianti Inlay/onlay Cappa radicolare/Dalbo-Rotex. Protesi (parz. o totale / mascella inf. o sup.)

9. Igiene orale: .....

10. Trattamento d'igiene professionale: si / no

10.1. Piano di trattamento .....

10.2. Misure già eseguite .....

Luogo e data:

Firma del medico dentista: